حسن‌زاده اول، مریم؛ مشهدی، علی؛ عبداله‌زاده رافی، مهدی (۱۳۹۷). اثر عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۴۲-۲۳.
DOI: 10.22067/ijap.v8i2.64500

اثر عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور

مریم حسن‌زاده اول [۱]، علی مشهدی [۲]، مهدی عبداله‌زاده رافی [۳]

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۲

چکیده

هدف: تعیین عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور.
روش: جامعه این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان متوسطه اول شهر جاجرم تشکیل می‌داد که تعداد آن‌ها ۵۱۶ نفر بود. با استفاده از پرسشنامه‌های آزاردیدگی هیجانی، مقیاس تاب‌آوری در برابر ضربه، خودگزارش‌دهی نوجوان آخن‌باخ و آزمون هوش وکسلر، داده‌ها گردآوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل تمیزی استفاده شد.
یافته‌ها: عوامل فردی (به‌جز هوش) و عوامل اجتماعی (به‌جز روابط حمایتی با همسالان و مشارکت فعال در جامعه) در دو گروه نوجوانان آزاردیده تاب‌آور و غیر تاب‌آور متفاوت بودند ($P<0.05$). همچنین، تابع تشخیصی توانست بین دو گروه نوجوانان تاب‌آور و غیر تاب‌آور تمیز قائل شود و ۲۰/۲ درصد از تغییرات تاب‌آوری را تبیین کند. برخورداری بیشتر از برخی از عوامل حفاظتی فردی مانند حل مسئله، خوش‌بینی، ساختار اعتقادی، خودتنظیمی و عزت‌نفس، همچنین عوامل حفاظتی اجتماعی از قبیل عملکرد تحصیلی حمایت‌شده و حمایت/امنیت محله به نوجوانان کمک می‌کند در برابر آزار هیجانی والدین از خود تاب‌آوری نشان دهند.
واژه های کلیدی: تاب‌آوری، عوامل حفاظتی، آزاردیدگی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد hassanzadeh.maryam@gmail.com
۲. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول) mashhadi@um.ac.ir
۳. دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه ملایر

مقدمه

آزار هیجانی[1] به‌عنوان «الگوی تکراری از بدرفتاری هیجانی مراقب با کودک تعریف شده است، به شکلی که این الگوی تکراری به کودک القاء می‌کند که فاقد ارزش، ناقص، دوست نداشتنی و ناخواسته است» (Glaser, 2011). مطالعه آزاردیدگی هیجانی از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا پیامدهای نامطلوبی به همراه دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند آزاردیدگی و غفلت هیجانی یکی از علت‌های آسیب جدی به عملکرد و رشد کودکان است که اغلب می‌توان آسیب‌های ناشی از آن را در زندگی بزرگسالی آن‌ها نیز مشاهده کرد (Hart, Binggeli, & Brassard, 1998). همچنین، شانس ابتلا به اختلال‌های هیجانی-رفتار در کودکان و نوجوانان آزاردیده هیجانی در مقایسه با کودکان و نوجوانان غیرآزاردیده، بیشتر است (Abdollahzadeh Rafi, Alizadeh, & Farokhi, 2013)، (Abdollahzadeh Rafi, 2014)، (Sylvestre, & Mérette, 2010)، (Shenk, Noll, & Cassarly, 2010).

با توجه به پیامدهای نامطلوب، شیوع نسبتاً زیاد آزاردیدگی هیجانی نگران‌کننده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند درصد بالایی از نوجوانان در خانواده خود، قربانی آزار هیجانی می‌شوند. برخی از مطالعات آن را تا ۷۵ درصد گزارش کردند (Abdollahzadeh Rafi, Hassanzade, Nesayan, & Assadi Gandomani, 2016). بااین‌حال، مطالعات گذشته، میزان آزاردیدگی هیجانی را بین ۳۰ تا ۵۲ درصد گزارش کرده‌اند (Binggeli, Hart, & Brassard, 2001)، (Perry and et.al, 2007)، (Pooler, Siebert, Faul, & Huber, 2008). با توجه به شیوع بالای آزاردیدگی و پیامدهای نامطلوب آن، بررسی عواملی که نوجوانان را از پیامدهای نامطلوب حفاظت می‌کنند بسیار مهم است. درواقع، برخی از نوجوانان با وجود مواجهه با عوامل خطرآفرینی مانند آزاردیدگی هیجانی، دچار آسیب نمی‌شوند. درک این مطلب که چرا یک عامل خطر در برخی از نوجوانان به پیامدهای منفی منجر می‌شود درحالی‌که در نوجوانان دیگر چنین پیامدی ندارد، بسیار حائز اهمیت است.

مطالعه نوجوانانی که تحت تأثیر عوامل خطر قرار نمی‌گیرند، در حوزه نسبتاً جدیدی به نام تاب‌آوری قرار می‌گیرد. تاب‌آوری[2]، فرایندی پویا است که فرد با وجود روبرو شدن با شرایط دشوار، سازگاری خوبی از خود نشان می‌دهد (Masten et al, 1990). سه مدل جبرانی، چالشی و حفاظتی برای تاب‌آوری توصیف شده است. پژوهش حاضر مبتنی بر مدل حفاظتی است. این مدل که به عنوان مدل مصونیت در برابر آسیب‌پذیری نیز شناخته می‌شود، بیان می‌دارد عامل‌های حفاظتی می‌توانند باعث کاهش احتمال یک نتیجه منفی شود. در این مدل، عامل‌های حفاظتی به سه دسته فردی، خانوادگی و اجتماعی تقسیم می‌شود (Eriksson, Cate, Andershed, & Andershed, 2010).

1. Emotional Abuse
2. Resilience

با توجه به این مدل، در مورد کودکان و نوجوانان آزاردیده هیجانی، نمی‌توان والدین را به‌عنوان عامل حفاظتی در نظر گرفت زیرا آن‌ها با رفتارشان (آزارگری هیجانی)، عامل خطر محسوب می‌شوند؛ بنابراین چون عامل خطر در خانواده قرار دارد، باید به دنبال عامل‌هایی در فرد و اجتماع بود که می‌توانند وی را از اثرات نامطلوب آزاردیدگی هیجانی به دور نگه دارند یا به عبارتی در تاب‌آوری وی دخیل هستند.

در این زمینه پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در تاب‌آوری افراد آزاردیده عامل‌های فردی مانند عزت‌نفس، هوش، خودتنظیمی، ساختار اعتقادی، حل مسئله و خوش‌بینی (Abdollahzadeh Rafi, 2014)، (Abdollahzadeh Rafi, Alizadeh, & Farokhi, 2013)، (Smokowski, Evans, Cotter, & Webber, 2014)، (Lamis, Wilson, Shahane, & Kaslow, 2013)، (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, & Taylor, 2007)، (Richards, Encel, & Shute, 2003)& (Kim, 2008) و عامل‌های حفاظتی اجتماعی از قبیل روابط حمایتی با همسالان، حمایت امنیت محله، مشارکت فعال در اجتماع (Abdollahzadeh Rafi, 2014)، (Dubow, Edwards, & Ippolito, 1997) دخیل هستند.

بااین‌حال، در مورد حفاظتی بودن برخی از عامل‌های حفاظتی تردید وجود دارد. برای مثال، برخی از پژوهش‌ها، هوش بالا را عامل حفاظتی در برابر اختلال‌های هیجانی و رفتاری معرفی کردند (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, & Taylor, 2007)، (Richards, Encel, & Shute, 2003) درحالی‌که عده‌ای دیگر، چنین نقشی برای هوش نیافتند (DuMont, Spatz, & Czaja, 2012)، (Harford, 2007). پژوهش‌هایی نیز وجود دارند که نشان می‌دهند نه‌تنها هوش عامل حفاظتی نیست بلکه هوش بالا احتمال ابتلا به اختلال‌های هیجانی را افزایش می‌دهد (Vanderbilt, & Shaw, 2008). مشابه هوش، حمایت همسالان نیز در برخی از بررسی‌ها به‌عنوان عامل حفاظتی در برابر اختلال‌های رفتاری و هیجانی نشان داده شده است (Kerr, Preuss, & King, 2006)، (Dumont, M, & Provost, 1999). درحالی‌که بررسی‌های دیگری وجود دارند که حمایت همسالان را به‌عنوان عامل خطرآفرین در برابر اختلال‌های رفتاری و هیجانی در نظر می‌گیرند (Brendgen, Vitaro, & Bukowski, 2000)، (Dubow, Edwards, & Ippolito, 1997). شاید نتایجی که درباره هوش و همسالان به دست آمده است ناشی از این موضوع باشد که برخی از این پژوهش‌ها تاب‌آوری را صرفاً نبود اختلال هیجانی یا رفتاری در نظر گرفتند، درحالی‌که به نظر می‌رسد تاب‌آوری به معنای نبود هر نوع آسیب‌شناسی روانی مرتبط با عامل خطر است.

غالب عامل‌هایی که به‌عنوان عامل حفاظتی در آزاردیده‌ها معرفی شدند، از مطالعه کودکان و بزرگسالان آزاردیده جسمی و جنسی استخراج شدند (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, &

(Crombez, 2003)، (Adams, & Bukowski, 2007)، (Kaysen, Scher, Mastnak, & Resick, 2005)، (Runtz, M. G, & Schallow, 1997)، (Canton-Cortes, & Canton, 2010)، (Tremblay, C, Hébert, M, & Piché, 1999) که تفاوت‌های آشکاری با نوجوانان آزاردیده هیجانی دارند. نخست اینکه آزار جنسی معمولاً توسط افرادی فرای والدین صورت می‌گیرد و فرد آزاردیده هنوز از حمایت‌های والدین خود برخوردار است درحالی‌که در آزاردیدگی هیجانی، فرد آزارگر همان والدینی هستند که درواقع باید حامی فرزند باشند. مورد دوم، هم در آزاردیدگی جنسی و هم جسمی، معمولاً فرد می‌تواند با انجام برخی از رفتارها، از آن اجتناب کند درحالی‌که آزار هیجانی الگوی رفتاری است که والدین به‌صورت مکرر در ارتباط با فرزند خود از آن استفاده می‌کنند و فرزند نمی‌تواند از آن به‌صورت بلندمدت اجتناب کند. همچنین، آزار هیجانی به‌صورت مستقیم احساس ارزشمندی فرد را هدف قرار می‌دهد که پایه و اساس رشد سالم است؛ بنابراین، با توجه به آنچه در بالا مرور شد، سؤال پژوهش حاضر این است که چه عامل‌های فردی و اجتماعی باعث تمایز نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور و غیر تاب‌آور می‌شوند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع علی–مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش حاضر را همه دانش آموزان متوسطه اول شهر جاجرم تشکیل می‌داد که ۶۰۰ دانش آموز بودند. از کل جامعه، ۵۱۶ نفر شرایط ورود به مطالعه (رضایت آگاهانه والدین، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال و زندگی با هر دو والد) را داشتند که همگی آنها وارد مطالعه شدند. ۱۹۴ نفر (۳۷/۶٪) آن‌ها پسر بودند. میانگین سنی نوجوانان پسر ۱۳/۶۲ سال با انحراف معیار ۰/۶۸۵و دانش‌آموزان دختر ۱۳/۵۹ سال با انحراف معیار ۰/۵۸۲ بود. ۵۳ درصد نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش در پایه هشتم و ۴۷ درصد در پایه نهم مشغول به تحصیل بودند. از بین این ۵۱۶ دانش‌آموز، ۲۵۹ نفر آزاردیده هیجانی بودند. از این تعداد ۹۶ نفر (۳۷/۱٪) پسر بودند. میانگین سنی نوجوانان پسر آزاردیده هیجانی ۱۳/۵۸ سال با انحراف معیار ۰/۶۲۶ و نوجوانان دختر آزاردیده هیجانی ۱۳/۵۷ سال با انحراف معیار ۰/۵۵۱ بود.

روش کار به این صورت بود که پس از کسب رضایت والدین و نوجوانان، و بررسی معیارهای ورود به مطالعه (قرار داشتن در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال و زندگی با هر دو والد)، ابتدا داده‌ها از کل نمونه گردآوری شد، سپس با توجه به نمره پرسشنامه آزاردیدگی هیجانی، شدت آزاردیدگی افراد مشخص شد. در کل نمونه مورد بررسی ۱۳۱ نفر (۲۴/۴٪) آزاردیدگی هیجانی نداشتند؛ شدت آزاردیدگی ۱۲۶ نفر (۲۴/۴٪) خفیف، ۱۳۲ نفر (۲۵/۶٪) متوسط و ۱۲۷ نفر (۲۴/۶٪) شدید بود. همه نوجوانانی که آزاردیدگی هیجانی متوسط و شدیدی داشتند به‌عنوان آزاردیده هیجانی در نظر گرفته شدند که تعداد آن‌ها ۲۵۹ نفر بود. با توجه

به نقاط برش در پرسشنامه خودگزارش‌دهی نوجوان آخنباخ، اختلال‌های هیجانی (افسردگی و اضطراب) و رفتاری (ADHD، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش مشخص شد. هر نوجوان آزاردیده هیجانی که هیچ‌گونه اختلال رفتاری یا هیجانی نداشت به‌عنوان تاب‌آور درنظر گرفته شد. در جدول ۱ میزان تاب‌آوری نوجوانان با توجه به شدت آزاردیدگی آن‌ها مشخص شده است. سپس اطلاعات مربوط به عوامل فردی و اجتماعی از همه نوجوانان آزاردیده هیجانی گردآوری شد. با استفاده از آزمون آماری تحلیل تمیز، داده‌های گردآوری‌شده، تحلیل شدند.

ابزار

مقیاس هوشی وکسلر کودکان تجدیدنظر شده

این مقیاس توسط وکسلر ساخته شده است و در ایران توسط (Shahim, 1995) هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای نمره هوش کلامی، غیرکلامی و کلی است. همچنین، بخش کلامی آن از خرده مقیاس اطلاعات، شباهت‌ها، حساب، لغات و ادراک تشکیل شده است که عمدتاً عامل درک و فهم کلامی را می‌سنجند، و بخش غیرکلامی این مقیاس شامل تکمیل تصاویر، تنظیم تصاویر، طراحی با مکعب‌ها، الحاق قطعات و رمزنویسی است که توانایی‌های دیداری ـ فضایی را اندازه می‌گیرند.

برای تعیین روایی همزمان، (Shahim, 1995) همبستگی این مقیاس را با مقیاس پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر بررسی کرده است و ضرایب همبستگی بین هوش‌بهرهای کلامی، غیرکلامی و کلی در مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ به دست آورده است. ضریب پایایی به شیوه دو نیمه کردن برای خرده آزمون‌های کلامی و غیرکلامی (به‌جز حافظه عددی که از دو قسمت متفاوت تشکیل شده است و رمزگردانی که یک آزمون سرعت است) با استفاده از ضریب همبستگی تصحیح‌شده اسپیرمن–براون محاسبه گردیده که از ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ در نوسان و میانه ضرایب نیز ۰/۶۹ ذکر شده است. ضریب پایایی آزمون فوق از طریق باز آزمایی (با فاصله ۴ تا ۶ هفته بین اجرای اول و دوم) محاسبه گردیده است که دامنه‌ای از ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ داشته است و تنها در دو مورد (خرده آزمون رمزگردانی و حساب کردن) کمتر از این مقادیر بوده است. میانه ضرایب پایایی نیز ۰/۷۳ به‌دست‌آمده است (Shahim, 1995).

در این پژوهش برای برآورد کلی از هوش آزمودنی‌ها از دو خرده مقیاس لغات و مکعب‌ها استفاده شد. بررسی‌های گذشته نشان داده‌اند زمانی که آزمونگر تنها قصد برآوردی کلی از هوش آزمودنی‌ها داشته باشد، این دو خرده مقیاس مناسب می‌باشند (Groth-Marnat, 2003).

پرسشنامه آزاردیدگی هیجانی

نسخه اولیه این پرسشنامه، توسط (Norouzi, 2012) ساخته شده است. نمره‌گذاری هر سؤال پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی۱ تا ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد.(Abdollahzadeh Rafi, Alizadeh, & Farrokhi, 2013) تحلیل عامل بر روی این پرسشنامه انجام دادند و ۹ عامل (که شامل ۴۰ سؤال می‌شود) شناسایی کردند. آن‌ها دریافتند پرسشنامه از روایی پیش‌بین مناسبی برخوردار است، زیرا آن به‌صورت منفی معناداری با اختلالات رفتاری و هیجانی در نوجوانان ارتباط داشت (P<0.05) همچنین، آن‌ها پایایی پرسشنامه را با استفاده از همسانی درونی بررسی کردند و آلفای کرونباخ را ۰/۹۶ گزارش کردند.

مقیاس تاب‌آوری در برابر آسیب

این مقیاس را (Mdson, 2010) برای سنجش عوامل حفاظتی فردی، اجتماعی و خانوادگی مرتبط با تاب‌آوری کودکان و نوجوانان ساخته است. این مقیاس عزت‌نفس، خودتنظیمی، قدرت خوش‌بینی، حل مسئله، ساختار اعتقادی، حمایت/سلامت خانواده، روابط حمایتی با همسالان، عملکرد تحصیلی حمایت‌شده، مشارکت فعال و حمایت/امنیت در محله را می‌سنجد. برای نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت (۰ تا ۶) استفاده شده است. به پاسخ اصلاً نمره «۰» و کاملاً نمره «۶» تعلق می‌گیرد.

نسخه اصلی مقیاس از روایی بالایی برخوردار بوده است. پایایی آن با استفاده از روش همسانی درونی برای کل برابر با ۰/۹۶ برآورد شده است و آلفا زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ پراکنده بوده است. در ایران (Abdollahzadeh Rafi, 2014) روایی و پایایی این مقیاس بررسی شده است. با انجام تحلیل عاملی اکتشافی و با استفاده از چرخش واریماکس روی گویه‌ها، ۱۰ عامل شناسایی شده است که مقدار ویژه آن‌ها از یک بالاتر بوده است. همسانی درونی برای کل برابر با ۰/۹۸ برآورد شده و آلفا کرونباخ زیر مقیاس‌ها از ۰/۸۸ تا ۰/۹۸ پراکنده بوده است.

خودگزارش‌دهی نوجوان آخن‌باخ

در ایران (Minaei, 2007) فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن‌باخ را به فارسی برگردانده و هنجاریابی کرده است. این فرم‌هایی عبارت‌اند از چک‌لیست رفتاری کودک، فرم گزارش معلم و خودگزارش‌دهی نوجوان. در این پژوهش از فرم خودگزارش‌دهی نوجوان استفاده شد. (Minaei, 2007) روایی محتوایی مناسبی را برای پرسشنامه گزارش کرده است. همچنین برای بررسی روایی همزمان، از پرسشنامه علائم مرضی کودک استفاده کرده است که بین این دو پرسشنامه همبستگی‌های معناداری وجود داشته است. جهت بررسی روایی سازه، نمرات دانش‌آموزان مبتلا به مشکل‌های هیجانی-رفتاری با نمرات دانش‌آموزان عادی مقایسه کرده است که نمرات دانش‌آموزان عادی به‌طور معناداری پایین‌تر بوده است. پایایی فرم خودگزارش‌دهی نوجوان از طریق

همسانی درونی و آزمون–باز آزمون محاسبه شده است که ضرایب همسانی درونی از ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ پراکنده بوده است؛ همچنین همبستگی‌های معناداری بین مرتبه اول و دوم اجرا گزارش کرده است (Minaei, 2007).

یافته‌ها

جدول ۱: میزان تاب‌آوری نوجوانان پسر و دختر ۱۲ تا ۱۵ ساله با توجه به شدت آزاردیدگی آن‌ها

گروه	شدت آزاردیدگی هیجانی									
	غیرآزاردیده		خفیف		متوسط		شدید		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تاب‌آور	۱۲۶	۹۶/۲	۱۲۰	۹۵/۲	۹۹	۷۵	۴۷	۳۷	۳۹۲	۷۶
غیر تاب‌آور	۵	۳/۸	۶	۴/۸	۳۳	۲۵	۸۰	۶۳	۱۲۴	۲۴

در کل نمونه ۷۶ درصد نوجوانان تاب‌آور و ۲۴ درصد غیر تاب‌آور بودند (جدول ۱). در نوجوانان آزاردیده (متوسط و شدید) ۱۴۶ نفر (۵۶/۴٪) تاب‌آور و ۱۱۳ نفر (۴۳/۶٪) غیر تاب‌آور بودند. در نوجوانانی که شدت آزاردیدگی آن‌ها متوسط بود ۹۹ نفر (۷۵٪) تاب‌آور و ۳۳ نفر (۲۵٪) غیر تاب‌آور بودند. در نوجوانانی که شدت آزاردیدگی آن‌ها شدید بود ۴۷ نفر (۳۷٪) تاب‌آور و ۸۰ نفر (۶۳٪) غیر تاب‌آور بودند.

برای مشخص شدن عامل‌های فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده تاب‌آور و غیر تاب‌آور از تحلیل تمیزی استفاده شد.

جدول ۲: مقایسه عامل‌های حفاظتی فردی و اجتماعی در نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور و غیر تاب‌آور

متغیرها	تاب‌آور		غیر تاب‌آور		لاندای ویلکز	F
	میانگین	SD	میانگین	SD		
عملکرد تحصیلی حمایت‌شده	۵۰،۹۲	۱۹،۰۴	۴۱،۴۶	۲۰،۷۶	۰،۹۴۷	۱۲،۳۹**
حمایت/ امنیت محله	۲۷،۱۵	۱۱،۹۸	۲۱،۲۸	۱۲،۶۳	۰،۹۴۷	۱۲،۴۶**
حل مسئله	۵۷،۵۹	۱۱،۳۶	۵۱،۱۹	۱۵،۰۳	۰،۹۴۴	۱۳،۱**
ساختار اعتقادی	۴۶،۵۵	۷،۳۵	۴۳،۵۸	۹،۱۳	۰،۹۶۸	۷،۲**
خوش‌بینی	۳۳،۹۲	۹،۱۶	۲۹،۷۸	۹،۷۸	۰،۹۵۵	۱۰،۴۲**
خودتنظیمی	۴۵،۷۸	۸،۸۹	۳۶،۷۷	۱۰،۹۷	۰،۸۲۹	۴۵،۷۴**
عزت‌نفس	۴۱،۸۴	۹،۰۴	۳۶،۷۱	۱۰،۱۸	۰،۹۳۴	۱۵،۶۴**
هوش‌بهر	۹۵،۴۶	۱۶،۵۳	۹۵،۴۵	۱۶،۶۴	۱	۰،۰۰۱
روابط حمایتی با همسالان	۴۲،۳۷	۱۵،۸۹	۴۱،۰۴	۱۷،۶۹	۰،۹۹۸	۰،۳۴۳
مشارکت فعال در جامعه	۴۱،۵۵	۱۱،۲۲	۳۸،۹۱	۱۳،۱۳	۰،۹۸۸	۲،۵۸۷

P<۰/۰۰۱؛ SD: انحراف معیار

با توجه به جدول ۲، میانگین نمرات نوجوان آزاردیده هیجانی تاب‌آور در عامل‌های اجتماعی حمایت/امنیت محله و عملکرد تحصیلی حمایت‌شده، و عامل‌های فردی حل مسئله، ساختار اعتقادی، خوش‌بینی، خودتنظیمی و عزت‌نفس بالاتر از نوجوانان آزاردیده هیجانی غیر تاب‌آور است ($P<0.05$).

جدول ۳. بررسی تابع تشخیصی کانونی

لاندای ویلکز	خی‌دو	درجه آزادی	همبستگی کانونی
۰/۷۹۸	**۴۸/۶۷۹	۱۰	۰/۴۴۹

جدول ۳ نشان می‌دهد که تابع تشخیصی توانسته است بین دو گروه نوجوانان تاب‌آور و غیر تاب‌آور تمییز قائل شود. تابع موردنظر توانسته است ۲۰،۲ درصد از تغییرات تاب‌آوری را تبیین کند. با توجه به اینکه یک تابع تشخیص داده شد و در این تابع ۱۰ متغیر مستقل حضور دارند، برای مشخص شدن نقش هر متغیر مستقل در تابع تشخیصی، ضرایب همبستگی متغیرهای مستقل با تابع بررسی شد (جدول ۴)

جدول ۴. همبستگی متغیرهای مستقل (عامل‌های فردی و اجتماعی) با تابع تشخیصی

متغیر	ضریب همبستگی
خودتنظیمی	۰،۹۰۵
عزت‌نفس	۰،۵۳
حل مسئله	۰،۴۸۴
حمایت/امنیت محله	۰،۴۷۲
عملکرد تحصیلی حمایت‌شده	۰،۴۷۱
خوش‌بینی	۰،۴۳۲
ساختار اعتقادی	۰،۳۵۹
مشارکت فعال در جامعه	۰،۲۱۵
روابط حمایتی با همسالان	۰،۰۷۸
هوش‌بهر	۰،۰۰۱

با توجه به جدول ۴، در بین همه متغیرهای مستقل، خودتنظیمی با ضریب همبستگی ۰،۹۰۵ بیشترین همبستگی و هوش‌بهر با ضریب همبستگی ۰،۰۰۱ کمترین همبستگی را با تابع تشخیصی داشتند.

جدول ۵. میزان موفقیت تابع در طبقه‌بندی نوجوانان آزاردیده هیجانی در دو طبقه تاب‌آور و غیر تاب‌آور با استفاده از طبقه‌بندی معتبر متقاطع

پیش‌بینی عضویت در گروه			
تاب‌آور		غیر تاب‌آور	
تعداد	درصد	تعداد	درصد
۹۲	۷۰،۸	۳۸	۲۹،۲
۳۹	۴۱،۹	۵۴	۵۸،۱

۷۰،۸ درصد نوجوانان تاب‌آور و ۵۸،۱ درصد نوجوانان غیر تاب‌آور در طبقه درست قرار گرفته‌اند؛ بنابراین، دقت طبقه‌بندی نوجوانان تاب‌آور بالاتر از گروه نوجوانان غیر تاب‌آور است. درمجموع، ۶۴،۴۵ درصد نوجوانان به‌درستی در دوطبقه تاب‌آور و غیر تاب‌آور قرار گرفته‌اند.

نتیجه

هدف پژوهش تعیین عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور و غیر تاب‌آور بود. نتایج نشان داد که بیش از نیمی از نوجوانان با آزاردیدگی هیجانی متوسط و شدید از خود در برابر اختلال‌های هیجانی و رفتاری تاب‌آوری نشان می‌دهند که این یافته همسو با پژوهش‌های گذشته است (Dubowitz, Thompson, Proctor, Metzger, Black & et.al, 2016؛ DuMont, Spatz, & Czaja, 2007). تفاوت‌هایی بین نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور و غیر تاب‌آور در عامل‌های فردی و اجتماعی وجود دارد. نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور نسبت به نوجوانان آزاردیده هیجانی غیر تاب‌آور از خودتنظیمی، توانایی حل مسئله، خوش‌بینی، عزت‌نفس و ساختار اعتقادی بالاتری برخوردار هستند. همچنین حمایت/امنیت محله و عملکرد تحصیلی حمایت‌شده در نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور بالاتر از نوجوانان آزاردیده هیجانی غیر تاب‌آور بوده است. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات گذشته همسویی دارد (Afifi, & MacMillan, 2011)، (DuMont, Spatz, & Czaja, 2007)، (Klika, Herrenkohl, & Lee, 2013)، (Ju, & Lee, 2008)، (Jaffee and et.at, 2007).

البته در تحقیق جفی و همکاران (Jaffee et al, 2007) مشخص شد که هوش برای نوجوانان پسر (نه دختر) در برابر مشکلات رفتاری نقش حفاظتی دارد که در تحقیق حاضر این یافته به دست نیامد. در تبیین یافته حاضر چند نظر محتمل است؛ اول اینکه در پژوهش حاضر کل نمونه مورد تحلیل قرار گرفت نه‌فقط پسران و دلیل دوم اینکه در پژوهش حاضر هر نوجوانی که هیچ اختلال هیجانی و رفتاری نداشت به‌عنوان

تاب‌آور در نظر گرفته شد درحالی‌که در پژوهش (Jaffee et al, 2007) فقط اختلال رفتاری مدنظر قرار گرفته بود. در مورد حفاظتی بودن نقش هوش نتایج همسو نیست. برخی از پژوهش‌ها، هوش بالا را عامل حفاظتی در برابر اختلال‌های هیجانی و رفتاری معرفی کردند (Jaffee et.at, 2007)، (Richards and et.at, 2003). درحالی‌که عده‌ای دیگر، چنین نقشی برای هوش نیافتند (Williams, & Nelson-Gardell, 2012)، (Harford, 2007). پژوهش‌هایی نیز وجود دارند که نشان می‌دهند نه‌تنها هوش عامل حفاظتی نیست بلکه هوش بالا احتمال ابتلا به اختلال‌های هیجانی را افزایش می‌دهد (Vanderbilt-A, & Shaw, 2008). شاید نیاز باشد به‌جای بررسی نمره کل هوش با تاب‌آوری، رابطه ابعاد هوش با تاب‌آوری بررسی شود تا اگر رابطه‌ای وجود دارد، آشکار شود.

عامل فردی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور عبارت بودند از خودتنظیمی، عزت‌نفس، حل مسئله و خوش‌بینی. رشد خودتنظیمی به‌عنوان انتقال تدریجی از کنترل بیرونی به سمت کنترل درونی و خودکنترلی کافی نگریسته می‌شود و خودتنظیمی در حوزه رفتاری، شناختی و هیجانی رخ می‌دهد (Bronson, 2000). افراد با خودتنظیمی بالا، قادرند رفتار و هیجان خود را در موقعیت‌های مختلف (مانند مواجهه با آزار هیجانی) بیشتر تحت کنترل خود داشته باشند یا به عبارتی کنترل (بازداری، تثبیت یا افزایش) رفتارها، افکار و هیجان‌ها از درون آن‌ها سرچشمه می‌گیرد؛ درحالی‌که افرادی که از خودتنظیمی پایینی برخوردارند، کنترل در آن‌ها ضعیف‌تر است. ضعف در کنترل (بازداری، تثبیت یا افزایش) رفتار، شناخت یا هیجان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری مرتبط است (Eftekhari, Zoellne, & Vigil, 2009)، (Baker, & Hoergerl, 2012)، (Eisenberg and et.al, 2010)؛ بنابراین، برخورداری از خودتنظیمی رفتاری و هیجانی بالا در هنگام روبرو شدن با آزار هیجانی می‌تواند از بروز پاسخ‌های رفتاری و هیجانی مشکل‌آفرین بازداری کند. فردی دارای خودتنظیمی بالا علاوه بر اینکه قادر است در مواجه با آزار هیجانی جلوی هیجانات آنی خود را سد کند، می‌تواند مسیر خود برای رسیدن به هدف را مشخص کرده، برای رسیدن به هدف برنامه‌ریزی کرده و برنامه خود را به اجرا درآورد. بررسی‌های گذشته نیز نشان می‌دهد که افراد با خودتنظیمی بالا از توانایی حل مسئله بالاتری برخوردارند، (Jelvegar, Kareshki, & Asghari Nekah, 2013)، (Kadivar, Farzad, & Dastal, 2013)؛ بنابراین، چنین افرادی هنگام روبرو شدن با موقعیت‌های دشوار مانند آزار هیجانی، بیشتر قادر به تولید راه‌حل‌هایی برای غلبه بر آن موقعیت هستند. درنتیجه، بازداری از پاسخ‌های رفتاری و هیجانی آنی، و ایجاد پاسخ‌ها و راه‌حل‌های درنگیده به نوجوانان کمک می‌کند در هنگام روبرو شدن با آزاردیدگی هیجانی، آسیب کمتری را متحمل شوند.

عزت‌نفس به باور فرد در مورد ارزشمندی‌اش اشاره دارد. فرد دارای عزت‌نفس بالا خود را ارزشمند تلقی می‌کند، از پختگی روانی، ثبات، واقع‌گرایی، آرامش، توانایی بالا در تحمل ناکامی و شکست برخوردار است (Mackie, & Smith, 2002). این ویژگی‌های مثبت به وی کمک می‌کنند در هنگام مواجهه با آزار هیجانی آسیب کمتری ببیند. (Cha, 2003) معتقد است عزت‌نفس بالا باعث می‌شود فرد ارزیابی مثبتی از زندگی داشته باشد به همین دلیل آن به‌عنوان یک سپر در مقابل آشفتگی‌های روان‌شناختی نقش ایفا می‌کند. عزت‌نفس با برآورد افراد از توانمندی‌های خود رابطه دارد و افراد دارای عزت‌نفس بالاتر، توانمندی خود در برخورد با مشکلات را در سطح مطلوب و بالایی ارزیابی می‌کنند. نوجوانان با عزت‌نفس بالا در مقایسه با نوجوانانی که از عزت‌نفس پایین‌تری برخوردارند، در هنگام مواجهه با آزار هیجانی توانایی خود برای مقابله با این وضعیت را بالا ارزیابی کرده و با امید بیشتری به مقابله با آن می‌پردازند. درصورتی‌که در چنین وضعیتی نوجوانان با عزت‌نفس پایین بیشتر احساس عدم لیاقت می‌کنند و شکست خود را به عدم توانایی خود نسبت می‌دهند. این‌گونه برداشت‌ها از خود، آن‌ها را به سمت سبک اسنادی منفی سوق می‌دهد و سبک اسنادی منفی با مشکلات هیجانی-رفتاری ارتباط مستقیم دارد (Abdollahzadeh Rafi, 2014).

خوش‌بینی می‌تواند هم به‌صورت مستقیم به سازگاری روان‌شناختی کمک کند و هم می‌تواند بر سازگاری مسئله‌مدار اثر بگذارد (Jackson, Pratt, Hunsberger, & Pancer, 2005)، (Taylor,2000 (Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald. (Shahni Yeilagh, Movahhed, & Shokrkon, 2004) معتقد هستند که داشتن یک مفهوم مثبت از خود و از کنترل شخصی، همچنین داشتن یک دیدگاه خوش‌بینانه در مورد آینده، حتی اگر نادرست باشد، به فرد در کنار آمدن با حوادث بسیار فشارزا و تهدیدکننده زندگی، کمک می‌کند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که افراد خوش‌بین برای مقابله از راهبردهای متنوعی استفاده می‌کنند که استفاده از این راهبردها به آن‌ها کمک می‌کند در موقعیت‌های دشوار سلامتی خود را حفظ کنند. افراد خوش‌بین بیشتر در مواقعی که با مشکلی مواجه می‌شوند به دنبال راه‌حل می‌گردند و بیشتر تمایل دارند منطبق با راه‌حل‌ها عمل کنند (Shahni Yeilagh, Movahhed, & Shokrkon, 2004). راهبردهایی که افراد خوش‌بین استفاده می‌کنند شامل تغییر جنبه‌های قابل‌کنترل عوامل فشارزا، جستجوی اطلاعات، برنامه‌ریزی و بازسازی مثبت است درحالی‌که افراد بدبین راهبردهایی همچون امروز و فردا کردن، کنار کشیدن، انکار و فرار را انتخاب می‌کنند. خوش‌بین‌ها نقش خود را در ایجاد و مقابله با مشکلات درک کرده و از آن برای مقابله کارآمد استفاده می‌کنند (Baghianimoghadam and et.al, 2013).

سلیگمن (Seligman, 2002) معتقد است که افراد خوش‌بین دارای سبک اسنادی خاصی هستند

به‌طوری‌که آن‌ها حوادث منفی زندگی را بی‌ثبات، اختصاصی و بیرونی فرض می‌کنند درحالی‌که افراد بدبین مشابه همان حوادث را باثبات کلی و درونی می‌پندارند؛ بنابراین افراد خوش‌بین در مواجهه با مشکلات زندگی (در اینجا آزاردیدگی هیجانی) آن را بی‌ثبات (که زود تمام می‌شود) و بیرونی (که ربطی به آن‌ها ندارد) فرض می‌کنند و با این نحوه نگرش به آزاردیدگی هیجانی، از اثرات منفی آن می‌کاهند. همچنین، خوش‌بینی بر سبک حل مسئله افراد اثر مثبت می‌گذارد. نتیجه اینکه، نوجوانان خوش‌بینی که با آزاردیدگی هیجانی مواجه می‌شوند علاوه بر اینکه آن را موقعیتی بی‌ثبات و گذرا فرض می‌کنند، تلاش می‌کنند برای همین موقعیت بی‌ثباتی نیز راه چاره‌ای بیندیشند. به‌عنوان‌مثال موقعیت‌هایی که والدین در آن بیشتر به آزارگری هیجانی می‌پردازند را شناسایی کرده و راه چاره‌ای برای آن می‌اندیشند مثل اجتناب کردن.

برخورداری از توانمندی حل مسئله و استفاده از آن به‌صورت مستقیم می‌تواند منجر به کاهش مشکلات هیجانی-رفتاری (افزایش تاب‌آوری) شود (Deković, 1999). حل مسئله بر مواجه شدن با موقعیت‌های استرس‌آور و تغییر شرایط منفی تمرکز دارد (Sharpe and et al, 2012). نوجوانانی که در موقعیت‌های استرس‌آور توانایی کشف و استفاده راه‌حل‌های مناسب را دارند، کمتر دچار اضطراب شده و احساس درماندگی کمتری دارند. همچنین به دلیل قابل حل دیدن موقعیت استرس‌آور، کمتر به رفتارهای مشکل‌آفرین مانند پرخاشگری روی می‌آورند. از سوی دیگر، نوجوانانی که توانمندی حل مسئله در آن‌ها بالاست، از خودتنظیمی بالاتری برخوردارند (Abdollahzadeh Rafi, 2014). بررسی‌ها نشان می‌دهند خودتنظیمی بیشتر به افراد در غلبه بر موقعیت‌های دشوار کمک می‌کند (Neumann, van Lier, Gratz, & Koot, 2010).

عامل‌های اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور عبارت بودند از ساختار اعتقادی، حمایت/امنیت محله و عملکرد تحصیلی حمایت‌شده. مذهبی بودن (ساختار اعتقادی) هم به‌صورت مستقیم و هم غیرمستقیم می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا در مواجهه با موقعیت‌های دشوار مانند آزاردیدگی هیجانی مقاومت بالاتری از خود نشان دهند. مذهب بر باورها و شناخت‌واره‌ها اثر مثبت می‌گذارد، به عبارتی به شکل‌گیری باورهای و طرح‌واره‌های سازگارانه کمک می‌کند (McIntosh, 1995)، (Moreira-Almeida and et al, 2006). طرح‌واره‌های سازگارانه به نوجوانان کمک می‌کنند که کمتر از آزارهای هیجانی والدین اثر منفی بپذیرند. مذهب می‌تواند از طریق زنده نگه‌داشتن امید به افراد کمک کند که با استرس ناشی شده از یک موقعیت استرس‌زا کنار آیند (Capps, 1997). مذهب به افزایش خودکنترلی و درونی شدن منبع کنترل کمک می‌کند (Pargament and et al, 1988). مشخص شده است که رابطه منفی بین خودکنترلی و اختلال‌های هیجانی وجود دارد (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004).

همچنین، مذهب بر عزت‌نفس افراد اثر مثبت می‌گذارد (Gebauer, Wagner, Sedikides, & Neberich, 2013)، (SSherkat, & Reedm 1992). به‌صورت خلاصه، مذهب می‌تواند هم از میزان عوامل خطر بکاهد، هم دارایی‌های و هم منابع نوجوان را برای مقابله مؤثر افزایش دهد.

انواع حمایت‌ها ازجمله حمایت محله و حمایت تحصیلی می‌توانند توانمندی‌های نوجوان (مانند عزت‌نفس و خوش‌بینی) را افزایش دهند و از این طریق به تاب‌آوری بیشتر آن‌ها در موقعیت‌های دشوار مانند مواجهه با آزاردیدگی هیجانی کمک کنند. همچنین، حمایت تحصیلی می‌تواند درگیری تحصیلی نوجوان را افزایش دهد و از این طریق، هم نوجوان را از آزارهای هیجانی والدین که به دلیل پیشرفت تحصیلی کم یا عدم انجام تکالیف مربوط به مدرسه صورت می‌گیرد، دور کند و هم می‌تواند با ایجاد مشغولیت ذهنی برای نوجوان وی را از مرور ذهنی آزارهای هیجانی والدین به‌صورت موقت دور کند. از سوی دیگر، حضور در مدرسه می‌تواند به‌صورت موقت باعث جدایی نوجوان از والد یا والدین آزارگر هیجانی شود. دور بودن از منبع آزار منجر به آزاردیدگی هیجانی کمتر شده و آزاردیدگی کمتر با مشکلات هیجانی-رفتاری کمتر همراه است (Abdollahzadeh Rafi, 2014). در مدرسه فرصتی برای نوجوان ایجاد می‌شود تا به علایق خود پی برده و آن‌ها را پیگیری کند. درگیر ساختن دانش‌آموزان در فعالیت‌های تحت نظارت مدرسه باعث ارتقاء یادگیری، شایستگی، خودکارآمدی و سازگاری تحصیلی آن‌ها می‌شود؛ همچنین، فعالیت‌های فوق‌برنامه مدرسه می‌تواند عزت‌نفس و خودکارآمدی نوجوان را افزایش دهد. علاوه بر این‌ها، پیشرفت‌های تحصیلی که نوجوان در مدرسه به دست می‌آورد می‌تواند امید، خودمختاری و استقلال را در وی افزایش دهد. افزایش توانمندی‌ها یا دارایی‌های نوجوان قدرت مقابله وی با آزاردیدگی هیجانی را افزایش می‌دهد (Abdollahzadeh Rafi, 2014).

حضور در محله می‌تواند فرصت‌هایی را برای نوجوان ایجاد کند تا روابط مثبتی با دیگران (همسالان و بزرگسالان) گسترش دهد. نوجوانان در ارتباط‌هایی که با همسالان ایجاد می‌کنند یاد می‌گیرند که چگونه به‌صورت مناسبی با دیگران ارتباط برقرار سازند و یاد می‌گیرند که دیگران می‌توانند مراقب و قابل‌اعتماد باشند (Abdollahzadeh Rafi, 2014). ارتباط‌های مثبت بین نوجوانان-بزرگسالان، حمایت‌های ارائه شده به آن‌ها و ایجاد محیطی امن در محله، باعث افزایش عزت‌نفس آن‌ها می‌شود (DuBois, & Silverthorn, 2005)، (Ryan, Stiller, & Lynch, 1994)، (Redd, Rhodes, & Mulhall, 2003)، (McMahon, Felix, & Nagarajan, 2011). همچنین، حمایت‌های تحصیلی و محلی خوش‌بینی دانش‌آموزان را نیز افزایش می‌دهد (Chong, Huan, Yeo, & Ang, 2006) و افزایش عزت‌نفس و خوش‌بینی با سازگاری روان‌شناختی همراه است.

به‌طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد همه نوجوانان آزاردیده هیجانی دچار آسیب نمی‌شوند و حضور برخی از عامل‌های اجتماعی (از قبیل حمایت/امنیت محله و عملکرد تحصیلی حمایت

شده) و فردی (از قبیل خودتنظیمی، خوشبینی، حل مسئله، عزت نفس و ساختار اعتقادی) به نوجوانان کمک می‌کنند بر استرس ناشی از آزاردیدگی هیجانی غلبه کنند؛ به عبارتی، از خود در برابر این عامل خطر، تاب‌آوری نشان دهند.

در پژوهش حاضر منبع آزار هیجانی (پدر یا مادر) تفکیک نشده است. ممکن است آزار هیجانی که منبع آن مادر است (به خاطر نقش دلبستگی) اثر متفاوتی با آزار هیجانی که منبع آن پدر است، داشته باشد. این محدودیت ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشد. همچنین، پژوهش حاضر نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ سال را بررسی کرده است؛ بنابراین نتایج قابل‌تعمیم به‌کل دوره نوجوانی نیست. پژوهش حاضر فقط بر روی نوجوانان دانش‌آموز صورت گرفته است؛ بنابراین نتایج قابل‌تعمیم به نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله غیر دانش‌آموز (به دلیل عدم برخورداری از حمایت تحصیلی) نیست.

پیشنهاد می‌شود با تفکیک منبع آزار هیجانی، نقش عوامل حفاظتی فردی و اجتماعی به‌صورت جداگانه در نوجوانان پسر و دختر بررسی شود. همچنین، با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مدارس دارایی‌های دانش‌آموزان (عزت‌نفس، حل مسئله، خوش‌بینی و خودتنظیمی) تقویت‌شده و حمایت‌های تحصیلی افزایش یابند. پیشنهاد می‌شود معلم‌ها و کادر اداری مدرسه در ارتباط با نقش مؤثری که می‌توانند در افزایش تاب‌آوری نوجوان آزاردیده هیجانی داشته باشند، آگاه شوند، همچنین، آموزش‌های لازم به آن‌ها در مورد چگونگی ارائه حمایت‌های آموزشی و عاطفی به دانش‌آموزان و ایجاد محیطی امن در مدرسه، داده شود. با توجه به نقش ساختار اعتقادی و حمایت‌های محله در تاب‌آوری نوجوانان آزاردیده هیجانی پیشنهاد می‌شود در محله‌ها از ظرفیت‌هایی مانند وجود مساجد برای افزایش شبکه اجتماعی (مانند ایجاد گروه‌های مذهبی و خیریه) و ارتقاء ساختارهای اعتقادی نوجوانان استفاده شود. روحانی حاضر در مسجد (در صورت آموزش دیدن) می‌تواند به‌عنوان یک بزرگسال مربی و حمایتگر نقش مهمی را در ارائه حمایت‌های اجتماعی و ارتقاء مذهبی‌بودن نوجوانان ایفا کند.

References

Abdollahzadeh Rafi, M. (2014). *The relationship between spectrum of emotional abuse and emotional- behavioral disorders: Mediating role of personal, familial and social protective factors*. Doctoral thesis of Exceptional Children Psychology, Tehran: Allameh Tabatabae'i University, Faculty of psychology & Education. (In Persian).

Abdollahzadeh Rafi, M. Alizadeh, H. & Farokhi, NA. (2013). The role of religion as mediator between emotional abuse and emotional disorders in adolescents. *Quarterly Psychology of Exceptional Individuals*, *12* (3), 83-107. (In Persian).

Abdollahzadeh Rafi M, Hassanzade M, Nesayan A, Assadi Gandomani R. (2016). Prevalence of behavioral disorders in students and prediction of that based on emotional abuse. *Research on Psychological Health*. *10* (2):28-41. (In Persian).

Adams, R. E. & Bukowski, W. M. (2007). Relationships with mothers and peers moderate

the association between childhood sexual abuse and anxiety disorders. *Child Abuse & Neglect*, *31*(6), 645-656.

Afifi, T. O. & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(5), 266-272.

Baghianimoghadam, M. H. Dehghanpour, M. Shahbazi, H. Kahdouee, J. Dastjerdi, G. & Falahzadeh, H. (2013). A survey relation between optimism and general health in university students in yazd iran. *Tloe Behdasht. 12 (2)*:89-101. (In Persian).

Baker, C. N. & Hoerger, M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences, 52(7),* 800-805.

Bal, B. Van Oost, P, De Bourdeaudhuij, I. & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect, 27*, 883–897.

Barrera, M. & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 1–16.

Binggeli, N. J. Hart, S. N. & Brassard, M. R. (2001). *Psychological maltreatment of children: The APSAC study guides 4 Thousand Oaks*: Sage Publications.

Brendgen, M. Vitaro, F. & M. Bukowski, W. (2000). Deviant friends and early adolescents' emotional and behavioral adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, *10*(2), 173-189.

Bronson, M. (2000). *Self-regulation in early childhood: nature and nurture*. Guilford Press.

Canton-Cortes, D. & Canton, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect*, *245*, 496–506.

Capps, D. (1997). The letting loose of hope: where psychology of religion and pastoral care converge. *Journal of Pastoral Care, 51(2),* 139.

Cha, K. H. (2003). Subjective well-being among college students. *Social Indicators Research*, *62–63*, 455–477.

Chong, W. H. Huan, V. S. Yeo, L. S. & Ang, R. P. (2006). Asian adolescents' perceptions of parent, peer, and school support and psychological adjustment: The mediating role of dispositional optimism. *Current Psychology, 25(3),* 212-228.

Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and psychopathology*, *9*(4), 797-815.

Condly J. S. (2006). Resilience in children. A review of literature with implications for education. *Urban Education, 41,* 211-236.

Deković, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *28(6),* 667-685.

DuBois, D. L. & Silverthorn, N. (2005). Natural mentoring relationships and adolescent health: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, *95(3),* 518.

Dubow, E. F. Edwards, S. & Ippolito, M. F. (1997). Life stressors, neighborhood disadvantage, and resources: A focus on inner-city children's adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology, 26(2),* 130-144.

Dubowitz, H. Thompson, R. Proctor, L. Metzger, R. Black, M. M. English, D. ... & Magder, L. (2016). Adversity, maltreatment, and resilience in young

children. *Academic pediatrics, 16(3),* 233-239.

DuMont, K A. Spatz C, & Czaja, S J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood Characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*, 255–274.

Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, *28(3),* 243-363.

Eftekhari, A. Zoellner, L. A. & Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress, and Coping, 22(5),* 571.

Eisenberg, N. Castellani, V. Panerai, L. Eggum, N. D. Cohen, A. B. Pastorelli, C. & Caprara, G. V. (2011). Trajectories of religious coping from adolescence into early adulthood: Their form and relations to externalizing problems and prosocial behavior. *Journal of Personality*, *79(4),* 841-873.

Eriksson, I. Cate A. Andershed, A. K. & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: A review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioral Sciences. 5,* 477–482.

Gebauer, J. E. Wagner, J. Sedikides, C. & Neberich, W. (2013). Agency-communion and self-esteem relations are moderated by culture, religiosity, age, and sex: Evidence for the "self-centrality breeds self-enhancement" principle. *Journal of Personality, 81(3),* 261-275.

Gibb, B. E. & Abela, J. R. (2008). Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 32(2),* 161-176.

Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect—Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect, 35*,866– 875.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.

Hamilton, S. F. & Darling, N. (1996). Mentors in adolescents' lives. *Social problems and social contexts in adolescence: Perspectives across boundaries*, New York, NY: Aldine De Gruyter .

Harford, K. L. (2007). *Psychological consequences of child sexual abuse and the risk and protective factors influencing these consequences*.Doctoral dissertation, University of South Florida.

Hart, S. Binggeli, N. & Brassard, M. (1998). Evidence of the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse, 1,* 27–58.

Jackson, L. M. Pratt, M. W. Hunsberger, B. & Pancer, S. M. (2005). Optimism as a mediator of the relation between perceived parental authoritativeness and adjustment among adolescents: Finding the sunny side of the street. *Social Development, 14(2*), 273-304.

Jaffee, S. R. Caspi, A. Moffitt, T. E. Polo-Tomas, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, *3 ۱(3),* 231-253.

Jelvegar, A, Kareshki, H. & Asghari Nekah, SM. (2013). The impact of self-regulation training on problem solving preschool children. *Modern Psychological Research, 8,* 113-133. (In Persian).

Ju, S. Y. & Lee, Y. (2008). Child maltreatment and resilience: Mediating effects of cognitive function and social support. *Korean Journal of Child Studies, 29(3),* 127-156.

Kadivar, P. Farzad, V. & Dasta. M. (2013). Explore the causal relationship progresses goals and strategies of self-regulation and mathematical problem solving performance. *Journal of Educational Psychology, 23*, 95-116. (In Persian).

Kaysen, D. Scher, C D. Mastnak, J. & Resick, P. (2005). Cognitive Mediation of Childhood Maltreatment and Adult Depression in Recent Crime Victims. *Behavior Therapy, 36*, 225-244.

Kerr, D. C. Preuss, L. J. & King, C. A. (2006). Suicidal adolescents' social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34(1)*, 99110.

Kim, J. (2008). The protective effects of religiosity on maladjustment among maltreated and nonmaltreated children. *Child Abuse & Neglect, 327*11-72.

Klika, J. B. Herrenkohl, T. I. & Lee, J. O. (2013). School factors as moderators of the relationship between physical child abuse and pathways of antisocial behavior. *Journal of Interpersonal Violence, 28(4),* 852-867.

Lamis, D. A. Wilson, C. K. Shahane, A. A. & Kaslow, N. J. (2013). Mediators of the childhood emotional abuse–hopelessness association in African American women. *Child Abuse & Neglect*, *1*, 1-12.

Mackie, D. M. & Smith, E. R. (2002). Intergroup emotions and the social self: Prejudice reconceptualized as differentiated reactions to outgroups. *The social self: Cognitive, Interpersonal, and Intergroup Perspectives*, 309-326.

Masten, A. S. Best, K. M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425–444.

McIntosh, D. N. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *5(1)*, 1-16.

McMahon, S. D. Felix, E. D. & Nagarajan, T. (2011). Social support and neighborhood stressors among African American youth: Networks and relations to self-worth. *Journal of Child and Family Studies, 20(3),* 255-262.

Minaei, A. (2007). Adaptation and standardization of Achenbach Child Behavior Checklist, YSR and Teacher Report Form. *Research on Exceptional Children*, *1*, 529-558. (In Persian).

Moreira-Almeida, A. Lotufo Neto, F. & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, *28(3),* 242-250.

Neumann, A. van Lier, P. A. Gratz, K. L. & Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, *17(1),* 138-149.

Norouzi, P. (2012). *The comparison of neuropsychological function of emotional abused and nonabused female students*. Master's thesis of Exceptional Children Psychology. Tehran: Allame Tabatabae'i University. (In Persian).

Pargament, K. I. Kennell, J. Hathaway, W. Grevengoed, N. Newman, J. & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for The Scientific Study of Religion*, 90-104.

Perry, A. R. DiLillo, D. & Peugh, J. (2007). Childhood psychological maltreatment and quality of marriage: The mediating role of psychological distress. *Journal of Emotional Abuse*, *7(2),* 117−142.

Pooler, D. K. Siebert, D. C. Faul, A. C. & Huber, R. (2008). Personal history and professional impairment: Implications for social workers and their employers. *Administration in Social Work, 32(2),* 69−85.

Powers, A. Ressler, K J. & Bradley, R G. (2009). The Protective Role of Friendship on the Effects of Childhood Abuse and Depression. *Depression and Anxiety*. 26, 46-50

Reddy, R. Rhodes, J. E. & Mulhall, P. (2003). The influence of teacher support on student adjustment in the middle school years: A latent growth curve study. *Development and Psychopathology*, *15(01)*, 119-138.

Richards, J. Encel, J. & Shute, R. (2003). The emotional and behavioural adjustment of intellectually gifted adolescents: a multi-dimensional, multi-informant approach. *High Ability Studies*, *14(2*), 153-164.

Runtz, M. G. & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *21(2)*, 211-226.

Ryan, R. M. Stiller, J. D. & Lynch, J. H. (1994). Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *The Journal of Early Adolescence*, *14(2*), 226-249.

Salehi, J. & Entesar Foumani, G. (2012). Prevalence of behavioral disorders among adolescent students of Zanjan province (2009-2010). *J Qazvin Univ Med Scim*, *16 (3)*, 53-59. (In Persian).

Sedikides, C. & Gebauer, J. E. (2013). Religion and the Self. *Religion, personality, and social behavior*, 46-70.

Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 3-12.

Shahim, S. (1995). *Normalization of Revised Wechsler Intelligence Scale for Children in Iran*. Shiraz: Shiraz University. (In Persian).

Shahni Yeilagh, M. Movahhed, A. & Shokrkon, H. (2004). The causal relationship between religious attitudes, optimism, mental health and physical health of students' Shahid Chamran University. *Journal of Education and Psychology. 1*, 19-34. (In Persian).

Sharpe, L. Gittins, C. B. Correia, H. M. Meade, T. Nicholas, M. K. Raue, P. J. et al. (2012). Problem-solving versus cognitive restructuring of medically ill seniors with depression (PROMISE-D trial): study protocol and design. *BMC psychiatry*, *12(1)*, 207.

Shenk, C. E., Noll, J. G., & Cassarly, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, *39(4*), 335-342.

Sherkat, D. E. & Reed, M. D. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, *26(3*), 259-275.

Smokowski, P. R. Evans, C. B. Cotter, K. L. & Webber, K. C. (2014). Ethnic identity and mental health in american indian youth: examining mediation pathways through self-esteem, and future optimism. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-13.

Sylvestre, A. & Mérette, C. (2010). Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors? *Child Abuse & Neglect*. 24414-28

Tangney, J. P. Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. Journal of personality, *72(2)*, 271-324.

Taylor, S. E. Kemeny, M. E. Reed, G. M. Bower, J. E. & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, *55(1*), 99.

Tremblay, C. Hébert, M. & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect, 23(9),* 929-945.

Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical child and family psychology review*, *11*(1-2), 30.

Way, N. Reddy, R. & Rhodes, J. (2007). Students' perceptions of school climate during the middle school years: Associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. *American Journal of Community Psychology*, *40(3-4),* 194-213.

Wekerle, C. Leung, E. Wall, A M. MacMillan, H. Boyle. M. Trocme, N . & Waechter, R. (2009). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect, 33,* 45-58.

Williams, J. & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26*(1),* 53-63.

Bowling, T. Hill, M. (2005). An overview of marriage enrichment. *The Family Journal*, 13(1), 87-94.

Breen, W. Kashdan, T. (2011). Anger Suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety. *Journal of Anxiety Disorder*, *25*, 879-887.

Bush, N.F. (2009). Anger and Depression. J*ournal of continuing professional development, 15*, 271-278.

Christensen, A. Jacobson, N.S. & Babcock, J.C. (2004). *Integrative behavioral couple therapy*. New York: Guilford.

Christensen, A. Atkins, D.C. Berns, S. Wheeler, J. Baucom, D.M. & Simpson, L.E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72 (2)*, 176-191.

Cordova, J.V. Gee, C.B. & Warren, L.Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *24(2*), 218-235.

Faraji, N. (2010). *Research methods in psychology and education*. Tehran: Pooran Pajuhesh. (In Persian).

Hahlweg, K. Baucom, D.H. Markman, H. (1988). Recent advances in therapy and prevention. In I. R. H. Fallon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.

Jacobson, N.S. Christensen, A. Princes, S. Cordora, J. & Eldridge, K. (2000). Integrative Behavioral Couple Therapy: An Acceptance Based, Promising New Treatment for Couple Discord, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68 (2),* 351-355.

Lawrence, E. Bradbury, T.N. (2000). Physical aggression and marital dysfunction: A Longitudinal analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 4-12.

Luutonen, S. (2007). Anger and depression—Theoretical and clinical considerations. *Nordic Journal of Psychiatry, 61(4),* 246-251.

Mohammadi, N. (2006). A preliminary study psychometric questionnaire Buss – Perry. Social and Human Sciences, *Shiraz University, 49*, 135-152. (In Persian)

Moshirian Farahi, S.M.M. Asghari Ebrahimabad, M.J. Moshirian Farahi, S.M. Hokm Abadi, M.E. (2014). Choice theory and effective learning. *International Journal of Psychology and Behavioral Research, 1(4*), 325-328.

Mudd, J. E. (2000). *Solution – Focused Therapy and Communication Skills Training: An integrated approach to couples therapy*. Thesis submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Human Development. Virginia: Blacksburg.

Narimani, M. Rajabi, S. (2012). The effect of biofeedback in reducing depression, anxiety, stress and opinions tempting people with substance abuse disorders. *Addiction* Research, 6(21), 7-18. (In Persian)

Saatchi, M. (2011). *Counseling and psychotherapy*. Tehran: Virayesh nashr. (In Persian).

Shafie Abadi, A. Naseri, G.H. (2010). *Theories of psychotherapy and counseling*. Tehran: University Press Center. (In Persian).

Springer, J, F. Sale, E. Hermann, J. Sambrano, S. Kasim, R. & Nestle, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth.*The Journal of Primary Prevention*, 25.

Torkan H. Kalantari M. Molavi H. (2006). Effectiveness of group therapy transactional analysis on marital satisfaction. *Journal of Research Family, 2(8),* 383-403. (In Persian).